



152792

Fait à BERRECHID, le :01/03/2023

## Planning des séance hémodialyse

Nom de l'établissement : Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz  
INPE : 060061793

N° IMMATRICULATION : 02023

ADHERANT : ZEROUAL ABDERRAHIM CIN : W10135

BENEFICIAIRE : Conjoint

NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : BETTIOUI FATIHA

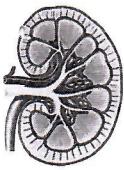
CIN :WA31568

Mois	Jours des séances	Dates des séances	Nombre Total	Prix Total
03/2023	Lundi	06 13 20 27	14	11900 DHS
	Mercredi	01 08 15 22 29		
	Vendredi	03 10 17 24 31		
DESIGNATION		NOMBRE	MONTANT	
Frais d'une séance de dialyse			850.00	
Nombre de séances			14	
TOTAL			11900	

Arrêté le présent devis à la somme de: ONZE MILLE NEUF CENT DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET





CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ  
مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Dr. AMAL AYAD

Spécialiste en Néphrologie-Hémodialyse



060061793

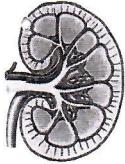
## Certificat Médical

Je soussignée , Dr Amal AYAD , certifie que Mr/Mme BETTIOUI FATIHA présente une insuffisance rénale chronique terminale, nécessitant une hémodialyse périodique à raison de 3 séances par semaine à vie.

Ce certificat est remis à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à BERRECHID, Le 01/03/2023





CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ  
مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Dr. AMAL AYAD  
Spécialiste en Néphrologie-Hémodialyse

Barcode  
060061793

Fait à BERRECHID, le :28/02/2023

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Date de la consultation de l'état de la maladie : **01/02/2023**

Nom & Prénom : **Mr/Mme BETTIOUI FATIHA**

Renseignement Clinique Sommaire: **Insuffisance rénale chronique terminale**

Traitements envisagés et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf:

**3 Séances de dialyse par semaine pendant le mois de Février 2023**

Durée prévisible du traitement

**À vie**

## VISA ET CACHET DU MEDECIN

